Aus der Chirurgischen Universitätsklinik zu Breslau.
(Direktor: Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Küttner.)

Über seröse Cysten der Kopfschwarte.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Eduard Lihotzky,
Medizinalpraktikant, Hultschin.

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Prof. Dr. Küttner.

Die Zahl der in der Literatur erwähnten, rein serösen Cysten ist gering, doch dürfte eine kritische Betrachtung der mir bekannten Fälle, die durch einen in hiesiger chirurgischen Klinik beobachteten vermehrt werden, von Interesse sein.

Ganz allgemein unterscheiden wir echte Cysten, die aus vorher vorhandenen physiologisch oder pathologisch gebildeten, epithelial oder endothelial begrenzten Räumen hervorgegangen sind, ferner falsche Cysten, ohne scharfe Begrenzung durch unregelmäßigen Zerfall und Auflockerung des Gewebes entstanden und endlich, abgesehen von einer Kombination von echten und falschen Cysten, Fremdkörpercysten durch Wucherung von Geweben um Fremdkörper hervorgerufen.

Der Inhalt der echten Cysten kann flüssig, weich und fest sein, je nach den Produkten der Zellauskleidung; der der falschen Cysten wird vom nekrobiotischen oder nekrotischen Zerfallsgewebe gebildet; der der Fremdkörpercysten besteht außer dem Objekt selbst aus dem Bindegewebssekretionsprodukt.

An epithelialen Geschwülsten haben wir in der Cutis:

1. Einfache Epithelcysten. Ihre Wandung ist glatt; die Bekleidung besteht aus ein- oder mehrschichtigem Plattenepithel ohne typischen Aufbau. Sie entstehen durch Retention aus normalen drüsigen Gebilden der Haut, Haarfollikel, Talg- und Schweißdrüsen, ferner aus Neubildungen an den drüsigen Anhängen der Haut, aus embryonal verlagerten Keimen und schließlich aus traumatisch verlagerten Keimen der Malpighischen Schicht.

2. Epidermoidcysten. Die Wandung zeigt deutlich Papillen. Die Bekleidung besteht aus einem typischen Stratum Malpighi. Sie entstehen aus embryonalen Keimen der Haut und aus traumatisch verlagerten Hautstückchen.

3. Dermoidcysten. Die Wandung zeigt völlig den Bau der äußeren Haut mit allen Anhängen. Sie entstehen nur aus embryonal verlagerten oder abgeschnittenen Keimen der Haut. Eine scharfe Trennung der einzelnen Arten ist jedoch nicht immer möglich.

An endothelialen Geschwülsten kommen für uns die Lymphgefäßcysten in Betracht. Es handelt sich hierbei nur um Cysten mit glatter Wand und einem Belag von platten Zellen.

Im besondern kennen wir als seröse Cysten der Kopfschwarte folgende Arten: Die Dermoidcysten mit serösem Inhalt. Der seröse Charakter der Cyste ist nicht als etwas Definitives aufzufassen, sondern nur als ein Frühstadium in der Evolution dieser Gebilde. Er beruht auf einem Fehlen von Talgdrüsen bei sonst vollkommen den normalen Verhältnissen der Haut entsprechendem Befunde.

Die in der Literatur erwähnten Fälle von Dermoidcysten mit serösem Inhalt zeigen folgende Merkmale: Ihr Sitz ist auf die Gegend der großen Fontanelle beschränkt, ihr Vorkommen ist solitär, sie bleiben lange sehr klein, ihre Größe reicht bis zu der eines Gänseeies, sie sind transparent, mit rein seröser Flüssigkeit gefüllt, in ihrem Verhalten zur Umgebung wechselnd; sie sind angeboren, oft mit dem Periost verwachsen und liegen dann in einer Knochenmulde. Die Aushöhlung des Knochen kann so weit gehen, daß nur eine dünne Membran die Cyste vom Schädelinnern trennt und die Diagnose „intrauterin abgeschnürte Meningocelen“ nahelegt. Diese zweite Art der serösen Cysten der Kopfschwarte kann hinsichtlich der Diagnose mit der ersten große Schwierigkeiten geben, wenn eine intrauterine Abschnürung stattgefunden hat. Auch sind sie angeboren, in einer Knochenmulde gelegen, nur ihr Sitz in Gegend der großen Fontanelle ist bis jetzt nicht erwiesen. Wenn sie mit dem Schädelinnern noch kommunizieren, sind sie reponibel, zeigen Pulsation, vergrößern sich beim Schreien und Husten und geben

Hirndruckerscheinungen bei Kompression. Entscheidend für die Diagnose ist stets der mikroskopische Befund der Wandung der Cyste, hier also der Hirnhäute.

Bei der dritten Art der serösen Cysten der Kopfschwarte, dem am Kopf sehr seltenen cystischen Lymphangiom, finden wir einzelne, bis kindskopfgroße mit seröser Flüssigkeit, nach mechanischer Ursache auch mit Blut gefüllte Cysten, die meist untereinander, dagegen nicht mit der Umgebung zusammenhängen. Die Innenflächen enthalten Endothel, die Wände derbes Bindegewebe, das oft kavernöses Maschenwerk aufweist. Je nach dem Füllungszustande sind die Neubildungen elastisch und fluktuierend, von gespannter, aber abhebbarer Haut bedeckt oder schlaff und weich, nur bei Kompression fluktuierend, in welchem Zustande sich manchmal auch die Unregelmäßigkeit der Cystenwände, wie sie durch leistenartige Vorsprünge und Verdickungen hervorgerufen werden, durchfühlen lassen. Ihr Sitz ist meist die Gegend des Nackens und Halses.

Die vierte Art der serösen Cysten der Kopfschwarte, zu der nach dem erhobenen Befunde auch der in hiesiger Klinik behandelte Fall zu rechnen sein dürfte, bilden die Schweißdrüsenretentionscysten, die sogenannten Hydrocystomata. Es sind transparente, bis pflaumengroße, fluktuierende, mit seröser Flüssigkeit gefüllte Cysten. Ihr Zusammenhang mit Drüsengebilden ist oft deutlich nicht mehr nachzuweisen. Mikroskopisch findet man einen glatten, ununterbrochen von kubischen Epithelzellen ausgekleideten Hohlraum. Ihr Sitz am Kopf ist verhältnismäßig selten.

Die Prognose und Therapie richtet sich nach der Art des Ursprunges. Doch werden meist kosmetische Rücksichten und die Schwierigkeit der makroskopischen Diagnose in allen Fällen, bei Dermoidcysten, die Neigung zur Bildung von bösartigen Geschwülsten, bei Cephalocelen eine eventuelle Tendenz zum Weiterwachsen eine Behandlung, die nur eine chirurgische sein kann, ratsam erscheinen lassen.